

RIPOSTE AU VIRUS EBOLA

Considérations essentielles pour la mise en œuvre des centres de soins communautaires (CSC) : Annexes

Septembre 2014

WHO/EVD/Guidance/Strategy/14.3

Annexe 1: Modèle pour la préparation systématique d'unités de traitement Ebola ou de centres de soins communautaires, ainsi que pour la participation des communautés à l'introduction sûre et rapide de ces structures

Introduction

Il est fondamental que les communautés participent de façon structurée et systématique à la création et à l'exploitation d'un cadre sûr et contrôlé sous la forme d'une unité de traitement Ebola (UTE) ou d'un centre de soins communautaires (CSC). Il est particulièrement important d'arriver à un accord et de préparer le terrain avec les communautés avant la création d'une UTE ou d'un CSC dans les régions où la transmission est intense et massive, ou où une certaine résistance s'exprime envers les personnels de santé ou autres intervenants. Préparer de façon adéquate les communautés, en leur donnant le pouvoir d'etre au coeur de la réponse contre Ebola, permettra de diminuer les sentiments de peur et de colère des populations locales tout en construisant une relation de confiance entre les communautés et les intervenants.

Le modèle exposé dans le présent document est conçu pour aider les pays à prévoir et à mettre en œuvre cette approche. Le modèle a été créé conjointement par l'OMS et l'UNICEF, avec la participation et la révision de spécialistes indépendants de la communication et d'anthropologues de renom. Les pays devraient utiliser et adapter ce modèle aux contextes individuels de leurs programmes. Idéalement, il devrait servir avant la création d'une UTE ou d'un CSC, mais il peut également être utilisé pour s'assurer que les liens adéquats sont tissés au sein de la communauté pendant la période d'exploitation de l'UTE ou du CSC.

Le modèle présente trois phases très simples :

1. La phase rouge indique qu'aucun contact n'a encore été établi avec la communauté, qui ne prend pas encore part aux activités. Aucun agent, n'appartenant pas à l'équipe de participation de la communauté, ne doit se rendre dans la communauté ni l'approcher avant la fin de cette phase.
2. La phase orange indique que la communauté et ses représentants ont accepté de participer et de contribuer aux mesures de lutte contre la maladie à virus Ebola et ont donné leur accord pour la construction d'une unité de traitement Ebola ou d'un centre de soins communautaires au sein de leur communauté.
3. La phase verte indique que la communauté et ses représentants ont accepté l'arrivée d'agents supplémentaires dans la communauté ou à proximité afin de mettre en œuvre la procédure de lutte contre la maladie à virus Ebola.

Planification préalable

Pour commencer l'approche systématique, il faut répertorier et cartographier l'ensemble des communautés qui pourraient avoir besoin du soutien d'une UTE ou d'un CSC afin de traiter les cas suspects de maladie à virus Ebola. L'équipe spéciale de mobilisation sociale qui apporte son soutien aux autorités nationales ou de district doit procéder ainsi à l'échelle infranationale. Cette équipe doit également identifier les membres de l'équipe de participation de la communauté qui devraient être chargés de rencontrer un représentant de chaque communauté choisie. Lors de ces réunions, il convient de se mettre d'accord sur les questions logistiques concernant la façon pour l'équipe d'atteindre chaque communauté ainsi que la façon de coordonner les activités de participation de la communauté. Les compétences requises au sein de l'équipe de participation de la communauté sont les suivantes : bonne communication interpersonnelle, compréhension socioculturelle, connaissance de la langue locale, animation de groupes et procédures simples de déclaration. Pour compléter le modèle de participation des communautés, il faut une communication constante et des activités de modification des comportements.

Phase Rouge

Préparation de la communauté

La phase rouge est fondamentale pour établir une relation de confiance et de travail avec la communauté. Avant l'instauration d'une telle relation, aucun agent ne faisant pas partie de l'équipe de participation de la communauté n'est autorisé à se rendre dans la communauté, sauf s'il a l'autorisation des responsables locaux. Cela est fondamental pour garantir la sécurité.

L'équipe de participation de la communauté se réunit d'abord avec le chef communautaire et/ou d'autres leaders reconnus (représentants de groupes confessionnels et communautaires, etc.) afin d'exposer l'objectif de la stratégie de lutte contre la maladie à virus Ebola, de parler de la création d'une unité de traitement Ebola ou d'un centre de soins communautaires, et d'expliquer la nécessité de relancer les services de santé de base. Il est important que les membres de cette équipe respectent scrupuleusement les protocoles culturels locaux, de même que toutes les personnes qui se rendront par la suite dans la communauté. Ce protocole explique clairement les comportements culturellement acceptables lors des rencontres, des interactions et des collaborations avec les locaux. L'objectif est de prévenir les malentendus entre les agents extérieurs et les membres de la communauté, et d'éviter de leur manquer de respect.

Le premier point de contact avec les leaders communautaires permettra d'établir si l'étape suivante (une conversation communautaire dans un espace ouvert) est envisageable. Cela dépendra des conseils prodigués par les leaders locaux et de la mesure dans laquelle on estime qu'il est possible d'organiser une grande réunion à l'air libre dans la communauté. La réunion dans un espace ouvert permettra aux membres de la communauté d'exprimer leurs sentiments, de poser des questions et de faire connaître les enjeux sanitaires qu'ils considèrent comme prioritaires à l'échelle locale à ce moment-là. Dans les communautés dans lesquelles certains groupes, par exemple les femmes, sont exclus des grandes réunions à ciel ouvert, l'équipe de participation de la communauté fera en sorte de rencontrer séparément les représentants de ces groupes. L'équipe pourra donner aux gens la meilleure information possible grâce à un aide-mémoire présentant les derniers renseignements et conseils sur le virus Ebola dans la région. La conversation dans un espace ouvert permettra en outre de rectifier les mauvaises informations, voire de calmer la colère et les craintes, dans un environnement assurant la sécurité de tous.

Un groupe de soins contre la maladie à virus Ebola sera fondé avec des représentants de la communauté et des services extérieurs afin de coordonner la planification et la mise en œuvre de l'unité de traitement Ebola ou du centre de soins communautaires. Ce groupe de soins fera office de « pont » entre la communauté et les agents et services de santé nécessaires pour l'unité de traitement Ebola ou le centre de soins communautaires. Il sera chargé de traiter les éventuels problèmes surgissant en cours de route pendant la mise en œuvre de la stratégie de lutte contre le virus Ebola. Il est important que les questions et les inquiétudes clés soulevées par la communauté au cours des conversations soient enregistrées par l'équipe de participation de la communauté. Cela fournira un point de référence pour les négociations et les discussions à venir avec les leaders et les membres de la communauté. Certaines fournitures peuvent être laissées sur place par l'équipe de participation de la communauté pendant la phase rouge, par exemple du savon, des seaux, du désinfectant et d'autres produits de nettoyage ; les leaders peuvent se charger de la distribution. Cela est une marque de confiance qui permet de faire grandir le respect mutuel.

Phase Orange

Planification communautaire

Pendant la phase orange, les agents peuvent se rendre dans la communauté avec l'autorisation de ses leaders. Il est important que ces derniers tiennent un registre afin de surveiller les allées et venues dans la communauté concernant l'UTE ou le CSC, ainsi que la stratégie de lutte contre le virus Ebola.

La phase orange permet au groupe de soins contre la maladie à virus Ebola et à l'équipe de participation de la communauté de se rencontrer afin de lancer le processus de planification, de négocier au sujet des ressources et des services, et de prendre des décisions relatives à l'emplacement de l'UTE, au nombre de lits, aux rôles et responsabilités de la communauté, aux EPI, aux lacunes en matière de formation, à la recherche des contacts et à l'isolement des membres de la famille, ainsi qu'aux mécanismes de communication de l'information entre l'UTE et la communauté.

La phase orange permet également aux membres de la communauté de se rencontrer pour discuter des besoins plus larges en matière de soins primaires, au-delà de la mise en place de l'unité de traitement Ebola. Certains de ces besoins pourraient être cernés au cours de la phase rouge, mais d'autres questions peuvent se poser lors de la rencontre du groupe de développement de la communauté. Les membres de ce groupe devraient être choisis par l'intermédiaire du groupe de soins contre la maladie à virus Ebola ; cette tâche peut également s'ajouter à celles du groupe de soins.

Phase Verte

Mise en œuvre

Au cours de la phase verte, les agents peuvent se rendre dans la communauté en utilisant les protocoles culturels, en liaison avec le groupe de soins contre la maladie à virus Ebola. Au cours de la phase de mise en œuvre, des actions sont entreprises concernant la création ou la construction de l'UTE ou du CSC, ainsi que concernant la mise à disposition des ressources nécessaires, la formation du personnel et les fournitures permettant à la structure de bien fonctionner sans risque. Ce processus nécessitera une communication continue avec la communauté par l'intermédiaire du groupe de soins contre la maladie à virus Ebola. Il faudra combler les lacunes en matière de formation et élaborer des documents ou les distribuer aux membres de la communauté. Le groupe de développement de la communauté restera actif et s'occupera des enjeux sanitaires ou autres au-delà de l'unité de traitement Ebola.

Un cadre de surveillance et d'évaluation sera mis en place et il comprendra une boucle de rétroaction afin de s'assurer que les membres de la communauté ont conscience de ce qui se passe dans leur région et dans les communautés voisines ; l'objectif est également de vérifier que la stratégie réussit à répondre à leurs besoins.

Figure 1: Modèle pour la préparation systématique d'unités de traitement Ebola ou de centres de soins communautaires, ainsi que pour la participation des communautés à l'introduction sure et rapide de ces structures

PLANIFICATION PRÉALABLE ET PRÉPARATION PAR L'ÉQUIPE SANITAIRE DU COMTÉ/DU DISTRICT POUR LA PREMIÈRE RÉUNION ET LE SOUTIEN EN CONTINU

PREPARATION		PLANIFICATION	EXECUTION
PHASE ROUGE		**PHASE ORANGE**	**PHASE VERTE**
• L'équipe établit le premier contact avec la communauté. • Des conversations communautaires/dans un espace ouvert sont organisées. • Les principaux enjeux sanitaires sont déterminés. • Les membres du groupe de soins contre la maladie à virus Ebola sont choisis.	✓ Protocole culturel ✓ Dialogue facilité. ✓ Dernières nouvelles concernant la situation dans le district/le comté/le pays. ✓ FAQ et aide mémoires	• Le groupe de soins contre la maladie à virus Ebola se réunit par la suite pour se mettre d'accord sur les ressources, l'emplacement de l'UTE/du CSC, le nombre de lits et le mode de collaboration. • Le groupe parallèle de développement de la communauté se réunit afin de discuter des questions relatives aux soins de santé primaires. • Les indicateurs de réussite sont établis.	• Ressources et fournitures livrées, CSC construit, formation terminée, matériaux développés. • Le groupe de développement de la communauté est opérationnel. • Cadre de suivi et d'évaluation mis en place.
Résultats 1. Les leaders et les membres de la communauté acceptent de passer à la phase de planification. 2. Les représentants communautaires du groupe de soins contre la maladie à virus Ebola ont été choisis. 3. Les besoins plus larges de la communauté en matière de soins de santé primaires ont été établis.		**Résultats** 1. L'emplacement et le mode de fonctionnement de l'UTE/du CSC sont fixés. 2. Les rôles et les responsabilités du groupe de soins contre la maladie à virus Ebola sont établis. 3. Les lacunes et les besoins en matière de formation sont déterminés. 4. Le groupe de développement de la communauté est créé et les enjeux principaux sont cernés.	**Résultats** 1. Des personnes formées sont en poste. 2. Les ressources et les fournitures ont été livrées. 3. L'UTE/le CSC a été mis sur pied. 4. Des mécanismes continus de rétroaction et de surveillance sont en fonctionnement. 5. La communauté est couverte par les soins de santé primaires.

RESULTATS:

1. Des UTE/CSC en état de fonctionnement, efficaces et disposant des ressources nécessaires.
2. Contribution à la diminution de la transmission dans la communauté.
3. Résilience de la communauté, qui est en mesure de se remettre et de mieux faire face aux flambées futures de maladies infectieuses.

Annexe 2: Du triage et de la conception de l'installation

Qu’est-ce que le triage ?

Le triage est la procédure par laquelle un membre du personnel évalue rapidement un patient pour déterminer s’il s’agit d’un cas suspect d’Ebola et s’il faut le traiter en urgence. Cette procédure a trois objectifs :

- les patients chez lesquels on suspecte une infection par le virus Ebola sont isolés des autres patients qui ne sont pas infectés afin de réduire le risque de transmission ;
- les patients chez lesquels on suspecte une infection par le virus Ebola et qui nécessitent un traitement sont pris en charge rapidement pour améliorer leurs chances de survie ;
- les patients malades mais qui ne sont vraisemblablement PAS infectés par le virus Ebola sont renvoyés chez eux avec des consignes/médicaments, ou orientés vers d’autres établissements de soins pour y être traités. Cela réduit le risque d’infection dans les établissements où des patients Ebola sont pris en charge.

Zone de triage

- Tous les patients doivent entrer dans l’établissement en passant **par une zone commune (zone de triage)** de dépistage (voir la Figure 1 illustrant l’aménagement d’un établissement).
- **Une signalétique claire** doit diriger tous les patients vers cette zone de triage (voir la Figure 2).
- **Seuls les patients** sont autorisés à pénétrer dans la zone de triage. Les membres de la famille et les personnes accompagnantes doivent attendre à l’extérieur. Les nourrissons et les enfants en bas âge qui nécessitent la présence d’un adulte peuvent être accompagnés par un seul adulte. **Un ou plusieurs gardiens de l’USE/CSC/CTC**[1] doivent être désignés pour surveiller le flux de personnes à l’entrée de la zone de triage. Les gardiens doivent empêcher les visiteurs d’entrer dans l’USE/CSC/CTC, sauf s’ils y sont autorisés.
- La zone de triage doit être ouverte à horaires fixes (par exemple de 8 heures à 18 heures).
- La zone de triage doit être divisée en **deux zones** : a) une pour les **patients** et b) une pour le **personnel** de l’USE/CSC/CTC qui effectue le dépistage/l’évaluation médicale des patients.
- Éviter autant que possible le contact direct avec les patients. Pour aider à respecter les règles visant à éviter le contact et à maintenir une distance de un mètre avec les patients, des cloisons en bois d’une hauteur d’environ un mètre ont été installées dans les zones de triage de certaines USE/CSC/CTC pour séparer les patients et le personnel.
- Dans la **zone patients**, il faut prévoir :
  - des chaises espacées d’au moins un mètre.
- Dans la **zone personnel,** il faut prévoir :
  - des thermomètres à infrarouge ;
  - des formulaires d’évaluation médicale des patients et des stylos ;
  - une solution hydroalcoolique ou une bassine contenant de l’eau et du savon, et de l’essuie-tout, à proximité ;
  - des gants jetables ;
  - une solution chlorée à 0,5 % et de l’essuie-tout pour désinfecter la table ;
  - une poubelle.

---

[1] Les gardiens peuvent être recrutés parmi les membres de la communauté. Ils ne doivent pas avoir de contact rapproché avec les patients ni avec leur dépouille. Ils doivent être présents 24 heures sur 24 pour surveiller que les patients ne sortent pas de l’USE/CSC/CTC sans un certificat de sortie et que leurs familles et les visiteurs n’entrent pas sans autorisation. Il n’est pas demandé aux gardiens d’intervenir physiquement, mais de donner des indications et, en cas de non-respect des consignes, de rendre compte au responsable au sein de l’USE/CSC/CTC. Les gardiens doivent être formés à une bonne pratique de l’hygiène des mains.

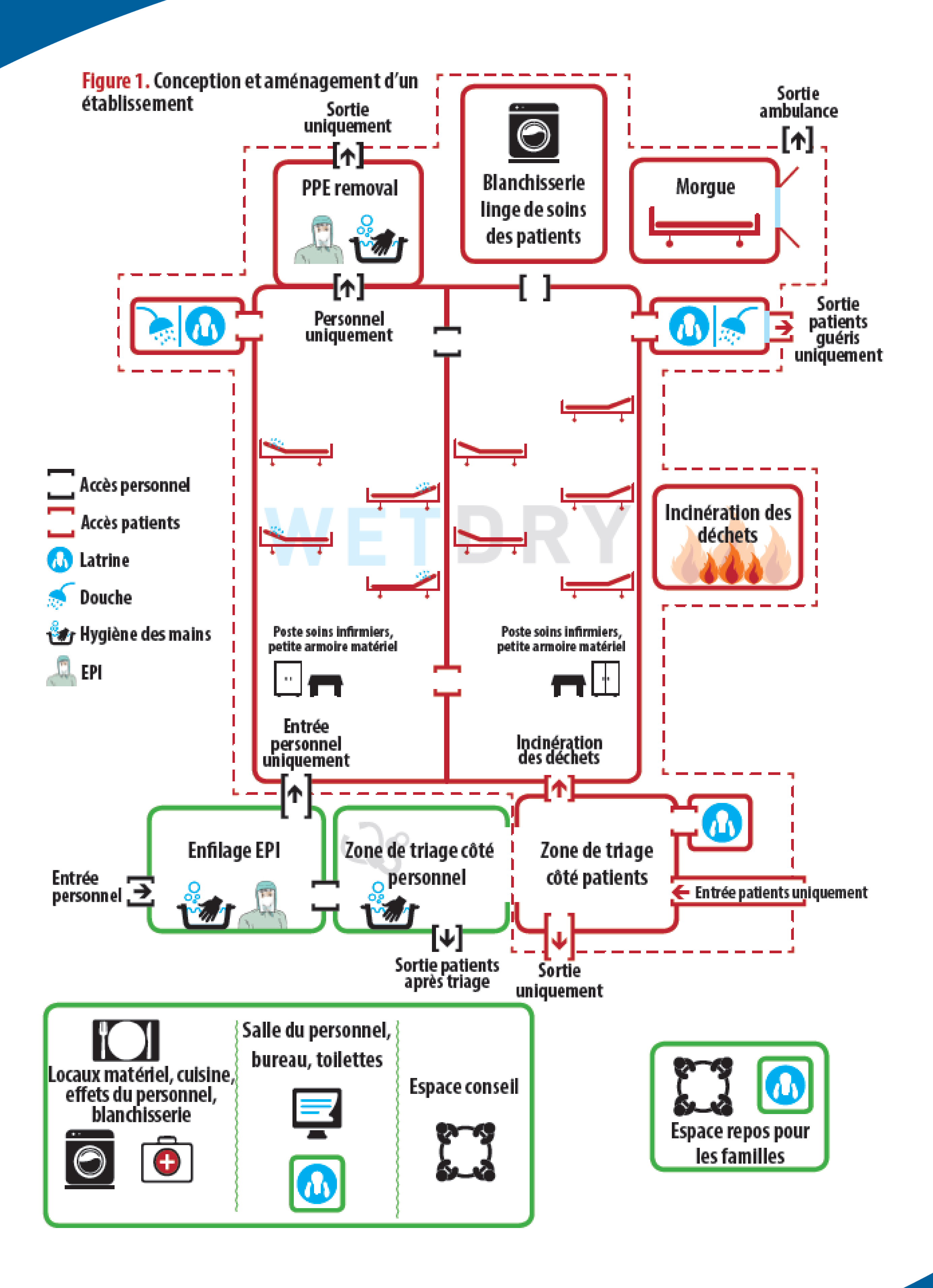
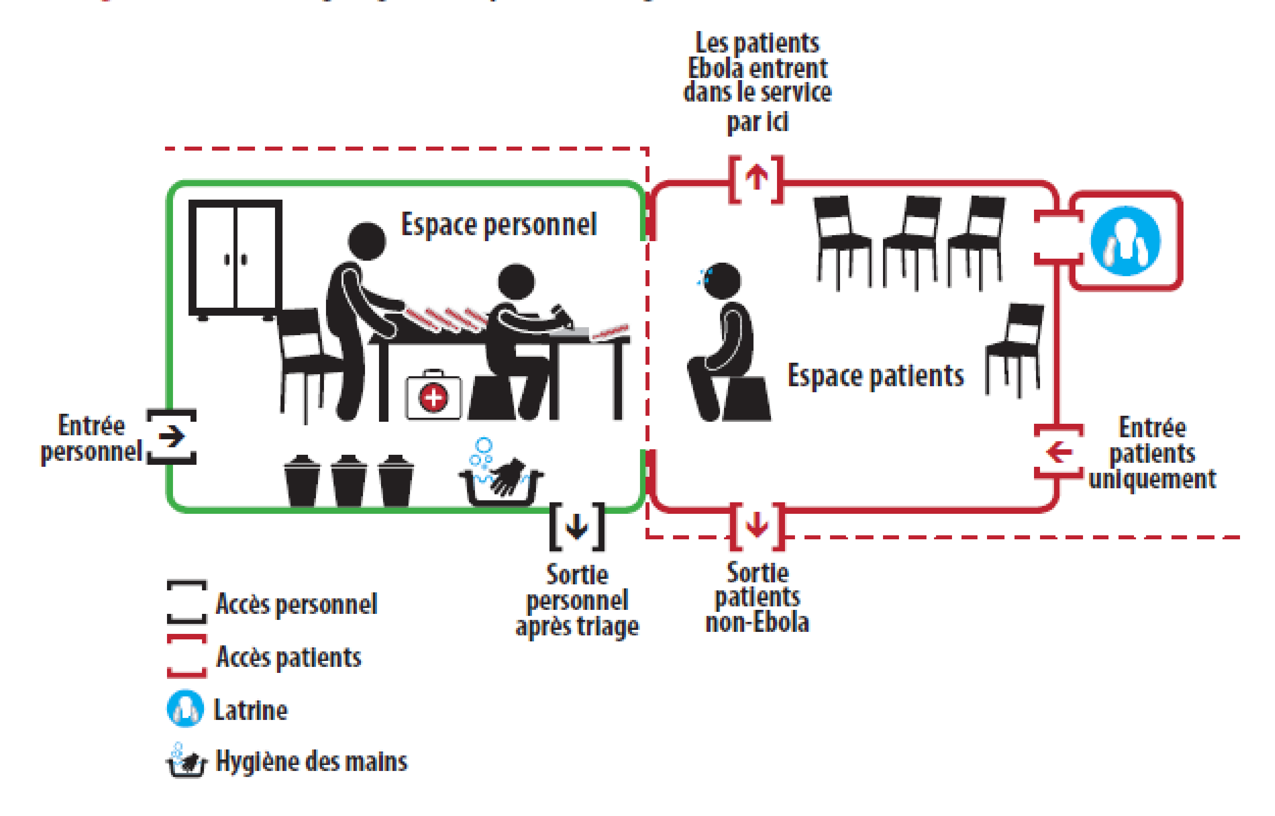

Figure 1. Conception et aménagement d'un établissement
Sortie uniquement
PPE removal
Blanchisserie linge de soins des patients
Sortie ambulance
Morgue
Personnel uniquement
Sortie patients guéris uniquement
Accès personnel
Accès patients
Latrine
Douche
Hygiène des mains
EPI
Incinération des déchets
Poste soins infirmiers, petite armoire matériel
Poste soins infirmiers, petite armoire matériel
Entrée personnel uniquement
Incinération des déchets
Entrée personnel
Enfilage EPI
Zone de triage côté personnel
Zone de triage côté patients
Entrée patients uniquement
Sortie patients après triage
Sortie uniquement
Locaux matériel, cuisine, effets du personnel, blanchisserie
Salle du personnel, bureau, toilettes
Espace conseil
Espace repos pour les familles

Figure 2. Zone de triage, agrandie à partir de la Figure 1



Procédure de triage

- Le triage doit être effectué par une personne formée – **personnel de triage.**
- **Le personnel de triage** doit se trouver à une distance de un à deux mètres des patients et ne pas les toucher ni toucher les corps dans la mesure du possible.
- Tous les membres du personnel de triage doivent porter un EPI : lunettes de protection ou masque pour protéger les yeux, masque pour protéger le nez et la bouche, tablier jetable, gants et bottes étanches (ou chaussures fermées à enfiler sans lacets et surchaussures).
- Le personnel doit accueillir le patient à son arrivée. Il doit informer le patient de ce qui se passe dans la zone de triage et lui indiquer les informations qu'il devra fournir (antécédents de contact, présence à des funérailles, symptômes) ; il doit aussi expliquer au patient pourquoi ses réponses sont très importantes dans cette procédure.
- Le personnel doit expliquer au patient qu'un traitement précoce peut améliorer ses chances de guérison et réduire le risque de transmettre la maladie à sa famille.
- **Le personnel de triage** ne doit pas toucher le patient pendant l'entretien.
- Le dépistage/l'évaluation médicale du patient comprend :
  - un entretien et l'inscription des informations recueillies dans le formulaire d'évaluation du patient :
    - **description et date d'apparition des symptômes :** fièvre élevée (≥ 38°C), céphalées, fatigue extrême, perte d'appétit, nausées, douleurs abdominales, irritation de la gorge, douleurs musculaires et articulaires, yeux rouges, éruption cutanée, hoquet, diarrhée, vomissements et saignements (présence de sang dans les vomissures, les selles, l'urine, les gencives, le nez, etc.), grossesse interrompue (par exemple fausse-couche), dyspnée, somnolence ;
    - antécédents de contact avec un patient Ebola ;[2] ;

[2] Les antécédents de contact indiquent les personnes qui ont eu un contact avec un patient Ebola à travers des soins prodigués au patient, le nettoyage de ses vêtements, le contact et/ou le nettoyage de sa dépouille en cas de décès et la manipulation d'objets

- la prise de la température du patient à l'aide d'un thermomètre à infrarouge et l'inscription de la valeur relevée.

- Le personnel doit compléter la Liste de contrôle et le Dossier patient (annexe 2).
- À ce stade, une décision peut être prise concernant le patient. Cette étape est décrite à la section suivante.

Prise de décisions concernant les patients

Un patient peut présenter une combinaison quelconque de signes et symptômes parmi ceux qui figurent dans le tableau ci-dessous. Les mesures à prendre sont décrites pour chaque scénario dans le Tableau 1. Un algorithme de triage est présenté à la Figure 3.

Tous les patients fiévreux doivent recevoir un traitement antipaludique et le suivre intégralement.

Tableau 1. Prise en charge des patients en fonction de leurs symptômes

● Oui, à procurer au patient
➔ Voir la colonne « Remarques »
— Sans objet

Scénario	Action : admission ou renvoi du patient chez lui	Nourriture et boisson	Traitement antipaludique	SRO	Remarques
Fièvre ≥ 38°C et antécédents de contact avec un patient Ebola (vivant ou décédé)	Considérer le patient comme un cas suspect d'Ebola et l'admettre dans le CSC	●	●	➔	• SRO en cas de signes de déshydratation* • Paracétamol selon les besoins**
Fièvre ≥ 38°C et au moins trois symptômes décrits plus haut, avec ou sans antécédents de contact	Considérer le patient comme un cas suspect d'Ebola et l'admettre dans le CSC	●	●	●	• Administrer immédiatement des SRO aux patients présentant des diarrhées et/ou des vomissements • SRO en cas de signes de déshydratation • Traitement symptomatique†
Pas de fièvre, mais antécédents de fièvre et plus de trois symptômes et antécédents de contact	Considérer le patient comme un cas suspect d'Ebola et l'admettre dans le CSC	●	➔	●	• Traitement antipaludique en cas de fièvre après l'admission • Administrer immédiatement des SRO aux patients présentant des diarrhées et/ou des vomissements • SRO en cas de signes de déshydratation • Traitement symptomatique

contaminés tels que le linge de lit. Ils incluent également le contact physique, le contact sexuel, la présence aux funérailles d'un patient décédé d'Ebola et le contact avec des animaux malades ou morts (singe, chauve-souris).

● Oui, à procurer au patient
➔ Voir la colonne « Remarques »
— Sans objet

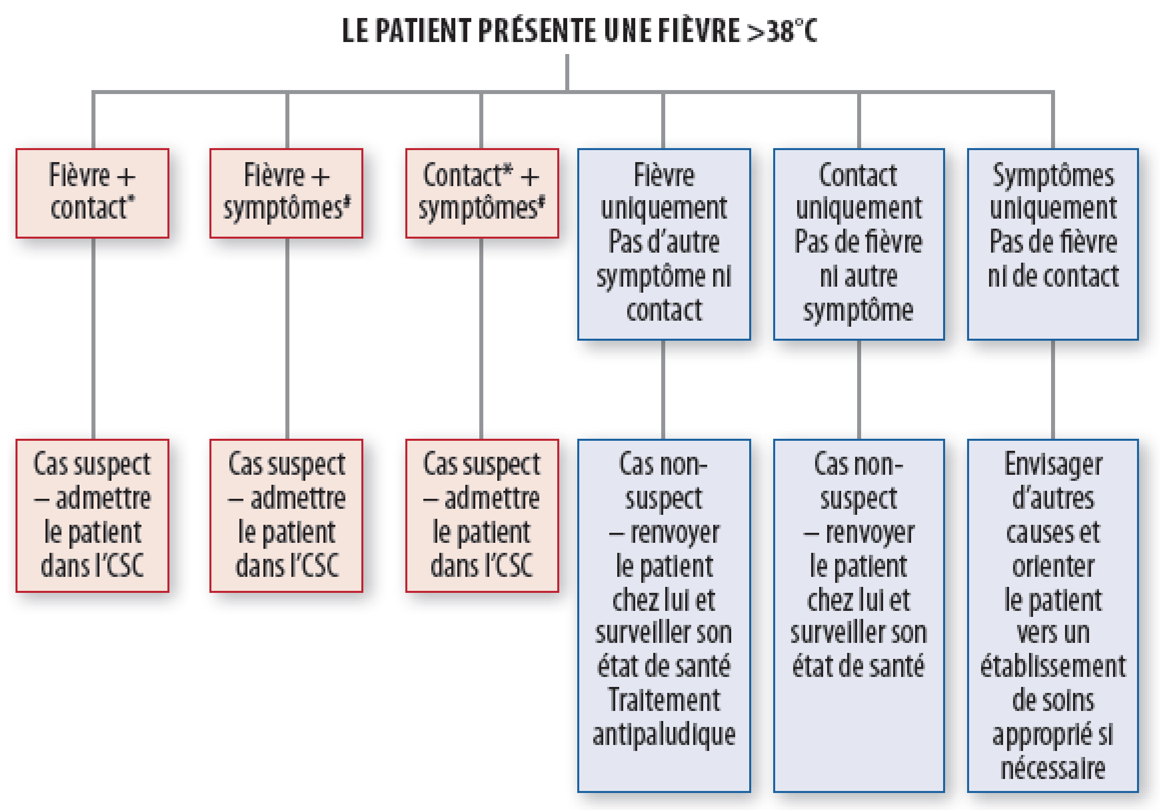
Scénario	**Action : admission ou renvoi du patient chez lui**	**Nourriture et boisson**	**Traitement antipaludique**	**SRO**	**Remarques**
Fièvre et **aucun autre** symptôme et pas **d'antécédents de contact** avec un patient Ebola	• Administrer un traitement antipaludique et du paracétamol (pour réduire la douleur et la fièvre) • Renvoyer le patient chez lui pendant 48 heures d'observation. • Fournir un kit à domicile si disponible et les conseils de prévention de la transmission • Demander au patient de revenir si la fièvre persiste au-delà de 48 heures	➔	●	➔	• Nourriture, SRO, vitamines peuvent être inclus dans le kit à domicile
Fièvre >48 heures et **aucun autre** symptôme, pas **d'antécédents de** contact avec un patient Ebola et **pas de réponse** aux antipaludiques	• Considérer le patient comme un cas suspect d'Ebola et l'admettre dans le CSC	●	➔	●	• Terminer le traitement antipaludique • SRO en cas de signes de déshydratation • Traitement symptomatique
Pas de fièvre et pas d'autres symptômes mais antécédents de contact	• Renvoyer le patient chez lui • Fournir un kit à domicile si disponible et des conseils pour surveiller son état de santé et pour prévenir la transmission • Conseiller au patient de revenir au CSC si la fièvre réapparaît	➔	—	➔	• Le kit à domicile peut être fourni aux contacts, en fonction de la stratégie locale, et inclure des SRO
Symptômes non-Ebola	Renvoyer le patient chez lui avec ou sans médicaments appropriés, ou orienter le patient vers un établissement de santé séparé si possible	➔	—	➔	• Traitement symptomatique approprié • Le kit à domicile peut être fourni aux contacts, en fonction de la stratégie locale, et inclure des SRO

* Signes de déshydratation – le patient se plaint de soif, diminution du signe du pli cutané (la peau pincée revient en place lentement) et yeux enfoncés sont des signes typiques. Si le patient transpire visiblement, présente une fièvre continue, et des vomissements et diarrhées fréquentes, il peut souffrir ou souffrira peut-être bientôt de déshydratation.

** Le paracétamol est aussi inclus dans le « traitement symptomatique » comme antalgique et antipyrétique.

† Traitement symptomatique. Voir la section consacrée aux médicaments, page 16.

Figure 3. Algorithme pour la prise de décisions lors du triage



* **Antécédents de contact avec le virus Ebola:**

Au cours des trois dernières semaines, la personne a-t-elle:
- soigné une personne malade?
- nettoyé les vêtements d'une personne malade ou décédée ?
- eu un contact sexuel avec une personne maintenant décédée ?
- touché le corps d'une personne décédée ?
- nettoyé le corps d'une personne décédée ?
- assisté aux funérailles d'une personne décédée d'Ebola ?
- touché un animal malade ou mort (singe, chauve-souris frugivore) ?

\# **Les symptômes incluent l'un des trois symptômes suivants :**

Symptômes sans perte liquidienne : céphalées, fatigue extrême, perte d'appétit, nausées, douleurs abdominales, irritation de la gorge, dyspnée, déglutition difficile, douleurs musculaires et articulaires, yeux rouges, éruption cutanée, hoquet.

Symptômes avec perte liquidienne : diarrhée, vomissements, saignements (présence de sang dans les vomissures, les selles ou l'urine), grossesse interrompue, saignement inhabituel ou non traumatique.

Si le patient présente une fièvre inférieure à 38°C, mais indique avoir eu des accès de fièvre plus élevée avant d'arriver à l'CSC, alors il est considéré comme présentant de la fièvre selon la définition admise.

Flux des cas suspects de maladie à virus Ebola

Les cas suspects d'Ebola admis dans les USE/CSC/CTC sont regroupés en deux catégories :

- **les patients sans perte liquidienne** (fièvre et symptômes autres que diarrhée, vomissements ou saignements) ;
- **les patients avec perte liquidienne** (diarrhée, vomissements ou saignements).

Patients probablement non atteints de maladie à virus Ebola

Placer le matériel à remettre au patient (kit à domicile, médicaments) sur la table et lui fournir les instructions d'utilisation, les conseils pour prévenir la transmission et les instructions sur son retour à l'USE/CSC/CTC.

Après l'examen de chaque patient, nettoyer la table avec une solution chlorée à 0,5 % en utilisant un chiffon mouillé, enlever les gants, pratiquer l'hygiène des mains et mettre une nouvelle paire de gants.

Si le tablier est souillé, le jeter et mettre un tablier propre. Pour plus d'informations sur la prise en charge sans risque des patients, consulter la section SÉCURITÉ de ce manuel.

Conception des établissements

Les établissements doivent comporter deux zones séparées : une zone verte et une zone rouge (voir la Figure 1). La zone rouge est réservée aux soins des cas suspects ou confirmés de maladie à virus Ebola, au nettoyage et à la désinfection des objets contaminés, et à l'incinération des déchets. La morgue se trouve également dans la zone rouge. Les déplacements du personnel et des patients se font depuis des espaces propres vers les espaces plus contaminés. Le personnel doit toujours entrer par la zone réservée à l'enfilage des EPI et sortir par la zone réservée au retrait des EPI. Des espaces pour l'hygiène des mains doivent être prévus dans les deux zones. Les patients entrent et sortent par des points désignés.

À l'intérieur des zones réservées aux soins des patients :

- les lits doivent être espacés de un ou deux mètres ;
- chaque patient doit recevoir une assiette, un gobelet et des couverts (cuillère, fourchette) qu'ils ne devront pas partager avec les autres ;
- chaque patient doit recevoir un bassin hygiénique et un seau ;
- une solution chlorée à 0,5 % fraîchement préparée doit être apportée chaque jour dans chaque espace patient pour désinfecter les éventuelles éclaboussures après le nettoyage.

La zone verte est destinée à toutes les activités qui ne présentent aucun risque de transmission des infections. Cette zone comporte des espaces de conseil, des espaces de repos pour le personnel et les familles des patients, et des services tels que : gestion des données, administration, stockage de matériel, pharmacie, cuisine et blanchisserie pour les tenues et les bottes du personnel.

Les activités dans ces deux zones sont encadrées, supervisées et surveillées par du personnel désigné.

Annexe 3 : Dotation en personnel et descriptions de postes dans un CSC/une UTE (UNICEF)

Besoins en personnels suggérés

Catégorie de personnel*	Nombre
Agents de santé communautaires	5
Membres de la communauté compétent en matière de communication	3
Agents d'entretien/chargés de l'hygiène	1
Agents de sécurité	3

* pour un CSC/une UTE avec 8 à 10 lits

Descriptions de'emplois

Agent de santé au sein d'un CSC	
Description du poste/tâches	• Prendre part au triage des patients arrivant au centre et le superviser. • Prodiguer des soins aux patients (nutrition, traitement des symptômes à l'aide de médicaments par voie orale uniquement, aide aux procédures de diagnostic) et suivre les cas suspects ou confirmés de maladie à virus Ebola et d'autres maladies, sous la supervision de l'équipe du service sanitaire local. • Suivre les procédures strictes d'isolement et les procédures de lutte contre l'infection au CSC. • Donner des renseignements pertinents aux patients, aux membres de la famille et aux autres agents. • Être en relation avec le chargé de communication du CSC au sujet de la progression et de la prévention de la maladie à l'échelle communautaire. • Orienter les patients ayant besoin d'un niveau de soins plus poussé ; prendre des dispositions pour le transport. • Tâches administratives, notamment la gestion des fournitures et la communication avec le service de santé local.
Qualifications	• Diplôme d'études secondaires. • Expérience professionnelle ou formation en tant qu'infirmier ou dans le domaine de la santé publique, en fonction des normes locales. • Connaissance de la langue locale et, de préférence, de l'anglais ou du français. • Expérience dans l'utilisation des téléphones portables.
Formation	Une formation sera assurée dans le domaine de la prévention des infections, de la prise en charge des cas suspects de maladie à virus Ebola et des soins à ces patients
Rémunération	Le régime de rémunération sera négocié avec les candidats retenus en fonction de leurs qualifications et des tâches qui leur seront confiées.

Chargé de communication d'un CSC	
Description du poste/tâches	• Sensibiliser les patients et leurs familles aux mesures de lutte contre l'infection par le virus Ebola. • Sensibiliser la communauté locale aux mesures de lutte contre l'infection par le virus Ebola. • Prendre part aux autres activités de sensibilisation de la communauté, de mobilisation sociale et de modification des comportements en lien avec le virus Ebola, le cas échéant. • Prendre part à la surveillance et au suivi des cas à l'échelle communautaire. • Faire office d'intermédiaire et/ou d'interprète au nom des patients et des autres agents du CSC. • Prendre part au triage des patients arrivant au centre. • Appliquer les procédures strictes de lutte contre l'infection dans le CSC, conformément aux instructions. • Se charger de l'éducation culturelle des personnes appartenant à la communauté ou non, en fonction des besoins. • Tâches administratives et autres activités de liaison avec la communauté, si nécessaire.
Qualifications	• Diplôme d'études secondaires. • Expérience professionnelle ou formation en tant qu'infirmier ou dans le domaine de la santé publique, en fonction des normes locales. • Connaissance de la langue locale et, de préférence, de l'anglais ou du français. • Expérience dans l'utilisation des téléphones portables.
Formation	Une formation sera assurée dans le domaine de la prévention des infections et de la prise en charge des cas suspects de maladie à virus Ebola. Une formation sera également organisée au sujet des messages à transmettre et de la communication sur la modification des comportements relatifs au virus Ebola, en insistant sur la clarté des messages et sur l'invitation à se comporter de façon appropriée.
Rémuneration	Le régime de rémunération sera négocié avec les candidats retenus en fonction de leurs qualifications et des tâches qui leur seront confiées.

Agents d'entretien d'un CSC	
Description du poste/tâches	• Nettoyer/balayer le centre, et collecter et enlever tous les déchets. • Désinfecter les zones de soins aux patients conformément aux instructions. • Nettoyer et désinfecter les latrines et les espaces de toilette conformément aux instructions. • Assurer l'approvisionnement et le bon fonctionnement du site d'élimination des déchets solides/médicaux, ainsi que l'élimination correcte de tous les déchets conformément aux instructions. • Aider les agents d'hygiène de l'environnement à mener à bien leurs activités quotidiennes. • Épauler les équipes de fossoyeurs, le cas échéant. • Suivre les instructions données par l'équipe de direction du CSC pour les autres activités.

Qualifications	• Diplôme d'études secondaires. • Connaissance de la langue locale et, de préférence, de l'anglais ou du français. • Idéalement, diplôme d'enseignant ou expérience dans les groupes communautaires. • Expérience dans l'utilisation des téléphones portables.
Formation	Une formation sera assurée dans le domaine de la prévention des infections et de la prise en charge des cas suspects de maladie à virus Ebola
Rémunération	Le régime de rémunération sera négocié avec les candidats retenus en fonction de leurs qualifications et des tâches qui leur seront confiées.

Équipes de surveillance

La composition des équipes de surveillance peut varier en fonction du contexte, mais celles-ci doivent comprendre un responsable de la santé publique. Il est recommandé de procéder au minimum à une supervision quotidienne de chaque CSC.

Il est prévu que chaque équipe visite cinq CSC par jour en moyenne, donnant des conseils techniques et apportant de l'aide concernant la qualité des soins prodigués (aide pour les décisions d'orientation), les mesures de lutte contre l'infection, ainsi que l'eau, l'assainissement et l'hygiène ; la mobilisation sociale ; le contrôle et la gestion des fournitures, la communication avec la hiérarchie concernant les besoins et le remplacement des consommables, etc. Les équipes seront également chargées des interactions avec l'ensemble des agents du CSC afin de cerner et de résoudre les problèmes immédiatement ou en mettant en place un suivi.

Lorsqu'un laboratoire est disponible à proximité, les visites doivent comprendre la collecte d'échantillons à tester, une rétroaction sur les résultats et l'établissement de registres.

Idéalement, le chef de l'équipe de supervision fait le lien avec les autorités locales. La supervision de « plus haut niveau » devrait également être propre au contexte, mais elle peut être organisée à l'échelle du district ou au-dessus.

Le tableau ci-dessous décrit la composition éventuelle d'une équipe de supervision.

Catégorie de personnel	Nombre recommandé*
Spécialiste en santé publique**	1
Spécialiste/logisticien en hygiène de l'environnement**	1
Spécialiste de la mobilisation sociale/de la modification des comportements	1
Chauffeur	1

* Visite de 3 à 5 CSC par jour dans un véhicule dédié.

** L'un de ces spécialistes fait office de chef de l'équipe de supervision et reste en contact direct et régulier avec la Direction de la santé du district/de la préfecture.

On envisage de recruter tous les agents susmentionnés par l'intermédiaire de l'UNOPS, sauf peut être pour les CSC pilotes dont la mise en œuvre doit être accélérée, pour lesquels les superviseurs peuvent être du personnel de l'UNICEF.

Annexe 4 : Liste indicative des fournitures pour une UTE/un CSC

Type de fournitures	Éléments principaux	
Fournitures de base	• Lits (si possible des lits utilisés en cas de flambée de choléra) • Matelas avec protège-matelas en plastique jetables	• Linge • Moustiquaires • Ustensiles • Seaux • Housses mortuaires
Fournitures médicales de base	• Thermomètre à infrarouge • Solution de réhydratation orale • Paracétamol	• Antipaludéens (le cas échéant et en fonction des recommandations nationales) • Antibiotiques à large spectre par voie orale (le cas échéant)
Équipement de lutte contre l'infection	EPI • Cagoules • Gants • Écrans faciaux • Masques • Blouses • Bottes • Tabliers	Fournitures pour l'hygiène des mains • Savon et eau sans risque sanitaire • Solution hydroalcoolique • Eau chlorée
Nettoyage de l'environnement et gestion du linge	• Gants résistants/en caoutchouc • Détergent • Solution chlorée à 0,5 % • Chaux à 10 %	• Outils de nettoyage • Sacs pour l'élimination des déchets • Chiffons et serviettes en papier

Remarque: La liste de fournitures détaillée avec les spécifications est disponible sur demande auprès du bureau de l'OMS dans le pays.

Annexe 5 : Lutte contre l'infection au sein de l'UTE/du CSC

Conditions clés nécessaires pour garantir la sécurité et la lutte contre l'infection au sein de l'UTE/du CSC :

- Mettre sur pied l'infrastructure de l'UTE/du CSC afin de permettre une séparation entre les cas suspects, les patients présentant des symptômes avec et sans écoulement de liquides, et les cas confirmés de maladie à virus Ebola.
- Équiper l'infrastructure de l'UTE/du CSC de latrines séparées pour les familles et les agents, d'une part, et les cas suspects et confirmés, d'autre part ; garantir un approvisionnement suffisant en eau ainsi que son stockage sur place, et prévoir une latrine à fosse dédiée pour les déchets. Les patients doivent néanmoins avoir accès à un bassin et à un seau ; ceux-ci doivent être utilisés de préférence, en particulier en cas de vomissements ou de diarrhée.
- Disposer d'une zone entourée d'une clôture pour incinérer les déchets des activités de soins. Il est fondamental d'utiliser un incinérateur adapté afin de garantir une décontamination des déchets solides infectés en toute sécurité. Il existe différentes options de technologies d'incinération et la façon la plus sûre de décontaminer des déchets infectieux passe par l'utilisation d'incinérateurs perfectionnés à combustible. Pour plus de renseignements, consultez le document portant sur la bonne gestion des déchets de soins (Safe Management of Wastes from Health-Care Activities, OMS, 2014).
- Avant l'ouverture de l'UTE/du CSC, mettre l'EPI nécessaire à disposition des agents de santé, des agents d'entretien et des membres de la famille (tableau) dans la structure et planifier clairement l'inventaire continu et la livraison d'EPI et de matériel.
- Offrir une formation de base en matière de lutte contre l'infection aux familles et aux agents de santé communautaires prodiguant des soins au sein de l'UTE/du CSC en leur indiquant les précautions essentielles, les règles en matière d'hygiène des mains et la façon d'utiliser les EPI. Donner aux agents de santé communautaires la responsabilité de former systématiquement les membres de la famille venant pour la première fois.
- Organiser de façon appropriée l'entretien et la gestion des déchets.
- Une équipe mobile de supervision formée à la lutte contre l'infection devrait visiter régulièrement l'UTE/le CSC (idéalement tous les jours) aux fins suivantes :
  - collecter les échantillons à tester et à éliminer ;
  - aider aux inhumations sans risque ;
  - apporter les fournitures nécessaires ;
  - évaluer la sécurité et la lutte contre l'infection.

Mesures clés de lutte contre l'infection recommandées pour l’infrastructure et l’équipement de l'établissement

- Organiser une zone de triage où l'état de santé des patients est évalué (prise de température, entretien rapide, idéalement sans contact).
- S'il est possible d'obtenir une confirmation par un laboratoire, l'UTE/le CSC devrait disposer d'au moins six zones pouvant être séparées par des murs ou par d'autres éléments physiques (panneaux portables, barrières) : (i) triage, (ii) zone d'entrée « propre » (pour enfiler l'EPI), (iii) cas suspects de maladie à virus Ebola présentant des symptômes sans écoulement de liquides, (iv) cas suspects de maladie à virus Ebola présentant des symptômes avec écoulement de liquides, (v) cas confirmés, et (vi) zone de sortie « souillée » (pour quitter l'EPI et se désinfecter). En outre, un abri à proximité doit être prévu pour que les membres de la famille venus s'occuper des malades puissent se reposer.
- S'il n'est pas possible d'obtenir une confirmation par laboratoire, l'UTE/le CSC doit être composé d'au moins cinq zones (les zones i, ii, iii, iv et vi indiquées ci-dessus).
- Laisser une distance d'un mètre entre deux patients.
- Pour les patients présentant des symptômes avec écoulement de liquides, il convient si possible d'utiliser des lits qui servent en cas de flambée de choléra (avec un trou au milieu pour le bassin).

- Fournir un seau et un bassin à chaque patient.
- Vérifier que les patients passent de la zone « propre » à la zone « souillée » en toute sécurité. Lors de leur séjour au sein de l'UTE/du CSC (et uniquement lorsque cela est strictement nécessaire), les patients, les membres de la famille et les agents entrent par la zone d'entrée « propre », vont éventuellement dans la zone des cas suspects (de la zone des patients présentant des symptômes sans écoulement à la zone des patients présentant des symptômes avec écoulement), puis dans la zone des cas confirmés (ou de la zone des patients présentant des symptômes sans écoulement à la zone des patients présentant des symptômes avec écoulement s'il n'est pas possible d'obtenir une confirmation par un laboratoire) ; ils quittent enfin la structure par une zone de sortie « souillée » où l'équipement est enlevé et où on procède à la désinfection.
- Mettre en place une zone consacrée à la gestion des déchets et à la laverie.
- Organiser la collecte quotidienne des déchets par l'équipe de supervision, qui doit être gérée au sein de l'établissement de santé associé. Si possible, placer un incinérateur à proximité de l'UTE/du CSC.
- Conformément à ce qui est indiqué dans le tableau, préparer des installations dédiées à l'hygiène des mains dans la zone de triage, dans la zone d'entrée « propre », dans les zones de soins aux patients et dans la zone de sortie « souillée ».
- Fournir les EPI nécessaires devant être utilisés par les agents de santé, les agents d'entretien et les membres de la famille, conformément à ce qui est indiqué dans le tableau.

Considérations relatives aux soins aux patients

- Un membre de la famille au maximum peut prodiguer des soins à chaque patient du début à la fin de son séjour au sein de l'UTE/du CSC (sauf si le membre de la famille tombe lui-même malade, auquel cas il peut être remplacé).
- Les membres de la famille s'occupant de malades d'Ebola doivent recevoir de l'eau et de la nourriture en quantité suffisante pour toute la durée de leur séjour afin d'éviter qu'ils n'entrent en contact avec le reste de la communauté.
- Les membres de la famille s'occupant des malades au sein de l'UTE/du CSC doivent être formés aux bases de la lutte contre l'infection (porter des gants, ne pas toucher les fluides corporels, etc.).
- Des toilettes ou des latrines spéciales doivent être à leur disposition, distinctes des toilettes utilisées pour les patients de l'UTE/du CSC. Ils doivent recevoir l'instruction de n'utiliser que ces installations.
- Le membre de la famille prodiguant des soins de soutien au patient ne doit pas aller et venir entre l'UTE/le CSC et la communauté ; il doit dormir dans une zone prévue à cet effet à proximité, mais en dehors, de l'UTE/du CSC. Les corps des défunts ne doivent pas être touchés par les membres de la famille ni le personnel de l'UTE/du CSC.
- L'équipe de supervision ou l'équipe de fossoyeurs doit préparer les corps en toute sécurité pour des inhumations sans risque.

Les mesures d'hygiène des mains doivent être appliquées dans les cas suivants

- Avant d'enfiler des gants et de porter l'EPI au moment d'entrer dans la pièce/la zone d'isolement ;
- Avant tout geste propre sur un patient ;
- Après tout risque d'exposition ou toute exposition réelle au sang et aux liquides corporels du patient ;
- Après avoir touché (même potentiellement) des surfaces/des objets/des équipements contaminés à proximité du patient ;
- Après être allé aux toilettes ;
- Après avoir enlevé l'EPI, au moment de quitter la zone de soins.

Gestion des déchets

- Les déchets doivent être préparés et éliminés dans une zone prévue à cet effet par des agents de santé ou des agents d'entretien vêtus d'EPI, qui doivent ensuite appliquer les mesures d'hygiène des mains conformément à ce qui est indiqué dans le tableau. Les déchets des activités de soins doivent être séparés (par exemple en plaçant les objets tranchants dans des conteneurs particuliers résistant à la perforation) et désinfectés avant le transport.
- Les déchets doivent être transportés vers une zone sécurisée entourée d'une clôture à proximité de l'incinérateur en attendant leur incinération. En l'absence d'incinérateur à disposition ou en état de fonctionnement, tous les déchets doivent être enterrés sans risque (OMS, 2014).
- Chaque lit doit être accompagné de son bassin et de son seau, dont le contenu doit être vidé en toute sécurité dans la zone d'égout/la latrine à fosse prévue à cette effet. Les membres de la famille ne doivent pas s'occuper de vider le contenu du bassin et du seau ; c'est le personnel de l'UTE/du CSC (par exemple les agents d'entretien) qui s'en charge. La zone d'égout/la latrine doit être décontaminée en permanence pour éviter au maximum la contamination. En outre, dans la mesure du possible, de la chaux doit être ajoutée aux excreta des patients infectés afin de minimiser les risques avant toute manipulation (voir les détails en annexe).
- Objets tranchants et non tranchants
  - Tous les déchets solides, infectieux et non tranchants doivent être collectés dans des sacs étanches et des poubelles avec couvercle.
  - Tous les objets tranchants (par exemple les tests diagnostiques rapides pour le paludisme) qui sont entrés en contact avec du sang ou des liquides corporels doivent être placés dans des conteneurs résistant à la perforation).
- Les déchets (aussi bien les déchets humains que les déchets des EPI) doivent être collectés TOUS LES JOURS par l'équipe de supervision et les déchets pouvant être incinérés doivent l'être dans l'établissement de santé associé le plus proche.
  - Dans la mesure du possible, l'UTE/le CSC doit se trouver à proximité de l'incinérateur.

Nettoyage

- Les agents d'entretien doivent porter l'EPI et appliquer les mesures d'hygiène des mains conformément à ce qui est indiqué dans le tableau.
- Les sols et les surfaces de l'UTE/du CSC doivent être régulièrement nettoyés à l'aide d'un tissu humide, au moins une fois par jour avec de l'eau et un détergent, puis désinfectés à l'aide d'une solution chlorée à 0,5 % (une solution contenant 5000 ppm [parties par million] de chlore libre disponible).
- Les surfaces environnantes ou les objets (par exemple les bassins) contaminés par du sang, d'autres liquides corporels ou des sécrétions doivent être immédiatement nettoyés avec de l'eau et un détergent, puis désinfectés à l'aide d'une solution chlorée à 0,5 % (une solution contenant 5000 ppm [parties par million] de chlore libre disponible).
- Si elles sont préparées localement, les solutions nettoyantes et désinfectantes doivent l'être tous les jours. Les solutions nettoyantes doivent être changées et l'équipement doit être rafraîchi fréquemment pendant la journée.
- Le nettoyage doit toujours être effectué des zones « propres » vers les zones « souillées ».
- Les zones cliniques occupées et vacantes ne doivent pas être nettoyées par pulvérisation de désinfectant. Il s'agit d'une pratique potentiellement dangereuse qui n'a pas d'intérêt prouvé pour lutter contre les maladies.

Gestion du linge

- Les agents qui s'occupent de la gestion du linge ou des vêtements souillés doivent porter l'EPI conformément à ce qui est indiqué dans le tableau.
- Il est préférable que le linge et les vêtements des patients souillés de sang et de liquides corporels soient lavés dans une structure équipée de machines à laver.
- S'ils sont nettoyés à l'extérieur, le linge ou les vêtements souillés doivent être placés dans des sacs ou des seaux étanches clairement étiquetés dont la surface a été désinfectée à l'aide d'une solution chlorée à 0,5 % avant le transport.
- S'ils sont lavés à la main au sein de l'UTE/du CSC, le nettoyage doit avoir lieu dans l'ordre suivant :
    1. Les excréments solides comme les selles ou le vomi doivent être d'abord traités à l'aide de chaux (hydroxyde de carbone) s'il y en a à disposition, être grattés délicatement à l'aide d'un objet plat et rigide, et être jetés dans les toilettes avant de tirer la chasse ou d'ouvrir les vannes ; le linge est ensuite placé dans le conteneur des articles « sales ».
    2. Le linge ou les vêtements souillés doivent ensuite être mis à tremper (totalement recouverts d'eau) dans un grand bidon d'eau chaude et de savon. Mélanger à l'aide d'un bâton ; jeter l'eau et remplir le bidon avec de l'eau propre, puis ajouter une solution chlorée à 0,1 % (une solution contenant 1000 ppm [parties par million] de chlore libre disponible) et laisser tremper pendant 10 à 15 minutes.
    3. Sortir le linge et rincer dans de l'eau propre.
    4. Essorer et étendre pour faire sécher.

Pour cette section, l'OMS remercie de sa collaboration la Division of Healthcare Quality Promotion, du Centers for Disease Control and Prevention d'Atlanta (États-Unis d'Amérique).

CSC: Mesures pour la prévention des infections et mesures de contrô le pour les agents de santé, les agents d'entretien et les familles dans les CSC

Recommandations en matière d'EPI et de précautions à prendre	Triage à l'UTE	Soins aux patients présentant des symptômes sans écoulement de liquides (agents de santé et membres de la famille)	Soins aux patients présentant des symptômes avec écoulement de liquides et aux cas confirmés de maladie à virus Ebola (agents de santé et membres de la famille)	Activités de nettoyage, de lessive et de gestion des déchets (agents d'entretien)	Élimination ou retraitement
Hygiène des mains avec une solution hydroalcoolique, ou du savon et de l'eau	●	●	●	●	S.O.
Gants d'examen	●	●	● Double gantage		Jetables. Ne pas réutiliser. Changer entre deux patients. Désinfection possible des gants intérieurs à l'aide d'alcool ou d'une solution chlorée à 0,5 % et remplacement des gants extérieurs entre deux patients.
Écrans faciaux	●	●			Jetables. Ne pas réutiliser. Changer immédiatement d'écran facial s'il est souillé et le jeter au moment de quitter l'UTE.
Lunettes*			●	●	Si elles sont réutilisables, nettoyer avec de l'eau et du savon, puis désinfecter en trempant dans une solution chlorée à 0,5 % pendant 30 minutes et rincer dans l'eau avant réutilisation.
Masques			●	●	Jetables. Ne pas réutiliser. Changer immédiatement de masque s'il est souillé et le jeter au moment de quitter l'UTE.
Vêtement couvrant la tête			●**	●**	Jetable. Ne pas réutiliser. Changer immédiatement de vêtement couvrant la tête s'il est souillé et le jeter au moment de quitter l'UTE.
Blouse jetable		●	●***	●***	Jetable. Ne pas réutiliser. Changer immédiatement de blouse si elle est souillée et la jeter au moment de quitter l'UTE.
Bottes en caoutchouc			●	●	Désinfecter les bottes si elles sont souillées par du sang ou des liquides corporels, ainsi qu'en quittant l'UTE : les nettoyer avec de l'eau et du savon, puis les tremper dans une solution chlorée à 0,5 % pendant 30 minutes.

Tablier en latex réutilisable	●***	●***	Changer immédiatement de tablier s'il est souillé. Désinfecter le tablier s'il est souillé par du sang ou des liquides corporels, ainsi qu'en quittant l'UTE : le nettoyer avec de l'eau et du savon, puis le tremper dans une solution chlorée à 0,5 % pendant 30 minutes.
Gants résistants		X	Désinfecter les gants s'ils sont souillés par du sang ou des liquides corporels, ainsi qu'en quittant l'UTE : les nettoyer avec de l'eau et du savon, puis les tremper dans une solution chlorée à 0,5 % pendant 30 minutes.

* S'il n'y a pas de lunettes à disposition ou que leur utilisation est peu commode, un écran facial peut être utilisé.

** Facultatif. Il est préférable d'utiliser une capuche, mais il est possible d'utiliser une coiffe.

*** Si la blouse est imperméable, il n'est pas nécessaire d'utiliser un tablier latex

Annexe 6 :Procédures de traitement et d'élimination des excreta

Il convient de porter un équipement de protection en permanence lors de l'application de cette procédure et il faut faire très attention pour éviter les projections.

Si le bac couvert fait 10 litres, versez-y environ 600 ml (trois verres) d'un lait (suspension) de chaux hydratée (délitée) à 10 % (c'est-à-dire 100 g de chaux pour un litre d'eau). Ensuite, ajoutez délicatement les excreta, en laissant suffisamment de place dans le bac pour ajouter sans risque au moins 400 ml (deux verres) supplémentaires de lait de chaux.

Le produit obtenu doit toujours être traité avec précaution et être jeté avec prudence dans des latrines répondant aux exigences énoncées ci-dessus.

Il n'est pas recommandé d'utiliser du chlore pour désinfecter les excreta, car ce produit n'est pas efficace et qu'il peut inhiber les processus naturels de dégradation biologique.

Références

OMS, 2008. Normes essentielles en matière de santé environnementale dans les structures de soins. Organisation mondiale de la Santé, Genève.
http://www.who.int/water_sanitation_health/hygiene/settings/ehs_hc/fr/

OMS/WEDC, 2013. Fiches techniques sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène en situation de crise. Organisation mondiale de la Santé, Genève.
http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/technotes/fr/

Annexe 7 : Prise en charge des dépouilles dans les UTE/les CSC et inhumations sans risque

Les cérémonies d'inhumation représentent souvent un risque élevé de transmission du virus Ebola, car un grand nombre de personnes se réunissent au moment de la préparation du corps ou lors des funérailles. Il est fondamental de réduire la transmission qui peut se produire lors des inhumations par le contact avec les dépouilles.

La prise en charge des dépouilles et les inhumations doivent être effectuées par une équipe formée aux mesures de lutte contre l'infection. L'équipe doit disposer de tout le matériel nécessaire, par exemple des équipements de protection individuelle, des housses mortuaires, du désinfectant et un moyen de transport.

L'incinération des corps et la gestion adaptée des déchets sont d'autres éléments à prendre en compte. Le respect des pratiques culturelles et des croyances est essentiel pour la réussite de cette intervention.

Vous trouverez des conseils dans le document intitulé « Comment inhumer sans risque et dans la dignité les personnes décédées de maladie à virus Ebola suspectée ou confirmée ».

Annexe 8 : Exemple des kits de soutien familial distribués au Libéria (l'UNICEF)

Contenu du kit/description	Unité	Quantité
Gants en caoutchouc (grands, résistants)	Paire	2
Verre gradué	Nombre	1
Jerricans (de 20 litres chacun)	Nombre	2
Savon à usages multiples (90 grammes)	Pièces	12
Récipient à eau	Bouteille	3
Seau en plastique (20 litres, avec couvercle et robinet)	Nombre	1
Seau en plastique (20 litres, sans robinet)	Nombre	1
Brochure (sur Ebola + mode d'emploi)	Nombre	1
Dépliant de démonstration sur la façon de se laver les mains	Nombre	1
Chlorax	Litre	3
Sac	Nombre	1

Annexe 9 : Liste indicative de médicaments pour les centres de soins communautaires

Product	Specifications	Indications
Solution hydroalcoolique	Solution, bouteille de 100 ml ; bouteille de 500 ml	Désinfectant
Amoxicilline	Forme solide pour voie orale : 250 mg ; 500 mg (trihydrate)	Antibactérien
Artésunate + Amodiaquine	Comprimé : 25 mg + 67,5 mg ; 50 mg + 135 mg ; 100 mg + 270 mg	Antipaludique (suivre les directives nationales)
Artéméther + Luméfantrine	Comprimé : 20 mg + 120 mg (dispersible ou non)	Antipaludique (suivre les directives nationales)
Acide ascorbique (Vit C)	Comprimé : 50 mg	Supplémentation en vitamine
Ciprofloxacine	Comprimé : 250 mg (chlorhydrate)	Antibactériens (prise en charge des chocs septiques)
Diazépam	Comprimé (sécable) : 2 mg ; 5 mg	Troubles anxieux
Lopéramide	Forme solide pour voie orale : 2 mg	Médicament antdiarrhéique pour adultes
Oméprazole	Forme solide pour voie orale : 10, 20, 40 mg	Antiulcéreux (contre les ulcères dus au stress) et saignements de l'appareil digestif supérieur
Ondansétron	Forme solide pour voie orale : eq 4 mg de base ; eq 8 mg de base ; eq 24 mg de base	Antiémétique
Sels de réhydratation orale	Poudre en sachets à diluer dans 200 ml, 500 ml ou 1 litre	Réhydratation
Paracétamol	Comprimé : de 100 mg à 500 mg	Fièvre et analgésique
Tétracycline	Pommade ophtalmique : 1 % (chlorhydrate)	Anti-infectieux
Sulfate de zinc	Forme solide pour voie orale : 20 mg	Contre la diarrhée chez les enfants

Références

OMS, 2013. *Liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels, 18e edition*. Organisation mondiale de la Santé, Genève (http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/fr/)

OMS, 2014. *Prévention et contrôle de l'infection pour les soins aux cas suspects ou confirmés de fièvre hémorragique à filovirus dans les établissements de santé, avec un accent particulier sur le virus Ebola (Guide provisoire)*. Organisation mondiale de la Santé, Genève (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/132784/1/WHO_HIS_SDS_2014.4_fre.pdf?ua=1)

OMS, 2014. Prise en charge clinique des cas de fièvre hémorragique virale. Organisation mondiale de la Santé, Genève. (http://www.who.int/csr/resources/publications/clinical-management-patients/fr/)

MSF, 2008. *Filovirus haemorrahgic fever guideline,* Barcelona, Médecins Sans Frontières (http://www.slamviweb.org/es/ebola/FHFfinal.pdf)